

VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**Sestrinska skrb bolesnika s terminalnim stadijem ciroze
jetre**

07/SES/2016

Jelena Budiša

Bjelovar, listopad 2016.

VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**Sestrinska skrb bolesnika s terminalnim stadijem ciroze
jetre**

07/SES/2016

Jelena Budiša

Bjelovar, listopad 2016.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Jelena Budiša** Datum: 08.02.2016.

Matični broj: 000867

JMBAG: 0314008493

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA ODRASLIH 1**

Naslov rada (tema): **Sestrinska skrb bolesnika s terminalnim stadijem ciroze jetre**

Mentor: **Gordana Šantek-Zlatar, dipl.med.techn.** zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. **Jasmina Marijan Štefoković, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Gordana Šantek-Zlatar, dipl.med.techn., mentor**
3. **Marina Friščić, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 07/SES/2016

U radu je potrebno prikazati kompleksnost uloge medicinske sestre u zbrinjavanju pacijenata s terminalnim stadijem ciroze jetre. Prikazati moguće komplikacije istog i intervencije medicinske sestre za njihovo ublažavanje i sprečavanje progresije. U radu napraviti prikaz slučaja pacijenta sa ovakvim problemom kroz proces zdravstvene njege.

Zadatak uručen: 08.02.2016.

Mentor: **Gordana Šantek-Zlatar, dipl.med.techn.**



ZAHVALA

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva na prenesenom znanju, posebno svojoj mentorici Gordani Šantek Zlata, dipl.med.techn. na stručnoj pomoći tijekom izrade ovog rada kao i na izrazitoj motivaciji.

Zahvaljujem se upravi Opće bolnice Virovitica koja mi je omogućila pretraživanje medicinske dokumentacije.

Zahvaljujem se obitelji, kolegama i kolegicama za moralnu podršku i pomoć kroz cijelo moje školovanje.

SADRŽAJ:

1.	UVOD	6
2.	CILJ RADA	7
3.	CIROZA JETRE	8
3.1.	Definicija	8
3.2.	Epidemiologija	8
3.3.	Čimbenici rizika	8
3.4.	Klinička slika	9
3.4.1.	Izgled bolesnika	9
3.4.1.1.	Koža i vidljive sluznice	9
3.4.1.2.	Prsa	9
3.4.1.3.	Ekstremiteti	10
3.4.1.4.	Trbuh	10
3.4.1.5.	Genitalije	10
3.4.1.6.	Opći status	10
3.4.2.	Stanje svijesti	11
3.4.2.1.	Delirij	11
3.4.2.1.1.	Intervencije sestre kod delirantnog bolesnika	11
3.5.	Dijagnostika	12
3.6.	Liječenje	14
3.7.	Komplikacije	16
3.7.1.	Portalna hipertenzija	16
3.7.2.	Varikoziteti jednjaka	16
3.7.2.1.	Intervencije sestre kod rupture varikoziteta jednjaka/želuca	17
3.7.3.	Ascites	18
3.7.3.1.	Faktori koji utječu na nastanak ascitesa.....	18
3.7.3.2.	Liječenje bolesnika s ascitesom	18
3.7.3.3.	Intervencije sestre kod bolesnika s ascitesom	19
3.7.3.4.	Intervencije sestre za sprječavanje nastanka infekcije kod bolesnika s ascitesom sa cirozom jetre.....	19
3.7.3.5.	Abdominalna punkcija- paracenteza.....	20
3.7.3.6.	Zadaci medicinske sestre kod abdominalne punkcije	21
3.7.3.7.	Intervencije medicinske sestre kod abdominalne punkcije	22

3.7.3.8. Komplikacije abdominalne punkcije	22
3.7.4. Hepatalna encefalopatija	23
3.7.4.1. Klinička slika.....	23
3.7.4.2. Intervencije sestre kod bolesnika s hepatalnom Encefalopatijom.....	24
3.7.5. Svrbež	25
3.7.5.1. Intervencije sestre kod bolesnika sa svrbežom	25
3.7.6. Hepatorenalni sindrom	25
3.7.7. Spontani bakterijski peritonitis	25
3.8. Edukacija bolesnika	26
4. PRIKAZ SLUČAJA	27
4.1. Osobna anamneza	27
4.2. Sestrinska anamneza	27
4.3. Medicinske dijagnoze	29
4.4. Sestrinske dijagnoze	29
4.5. Sestrinske intervencije	30
4.6. Sestrinsko otpusno pismo	31
5. ZAKLJUČAK	33
6. LITERATURA	34
7. SAŽETAK	35
8. SUMMARY	36
9. PRILOZI	37

1. UVOD

Ciroza jetre danas zauzima visoko mjesto učestalosti i smrtnosti mlađe i starije populacije. Svakim danom je sve više novootkrivenih bolesnika. Vrlo je važan način života, koji podrazumijeva izbjegavanje uzimanja alkohola. Također je važno provoditi zdravstveni odgoj i edukaciju potencijalnih bolesnika. Primarna prevencija o štetnosti alkohola kreće već u dječjoj dobi. Potrebno je djecu informirati o štetnosti i posljedicama uzimanja alkohola. Sekundarna prevencija oboljelih je također vrlo bitna tijekom i nakon liječenja. Vrlo ih je važno informirati o važnosti apstiniranja od alkohola te mogućim posljedicama i mogućnosti nastanka delirija. Kvalitetno provođenje zdravstvene njege, sestrinsko medicinskih postupaka, liječenje te sprječavanje komplikacija uvelike pomaže oboljelima u smanjivanju boli i produžetku života.

Temu „Sestrinska skrb bolesnika s terminalnim stadijem ciroze jetre“ odabrala sam jer su alkoholizam i velika potrošnja lijekova veliki problem današnjice, a baš ti problemi su i uzroci te bolesti. Medicinska sestra je osoba koja najviše vremena provodi uz bolesnika i njegovu postelju te je njen zadatak djelovati preventivno, evidentirati svaku promjenu bolesnikovog stanja i svoj posao odraditi temeljito i prema planu zdravstvene njege te ga evidentirati u sestrinsku dokumentaciju.

2. CILJ RADA

Cilj rada je prikazati terminalni stadij ciroze jetre, čimbenike rizika, kliničku sliku, komplikacije, liječenje bolesti, njenu prevenciju, zdravstveni odgoj bolesnika, sestrinsko medicinske postupke, intervencije sestre te prikaz slučaja bolesnika u terminalnom stadiju ciroze jetre te sestrinsku skrb istog, prikazanu kroz proces zdravstvene njege.

3. CIROZA JETRE

3.1. Definicija

Ciroza jetre je terminalni, ireverzibilni stadij kroničnih ili upalnih bolesti jetre. Obilježena je propadanjem jetrenih stanica, bujanjem veziva te promjenama cirkulacije krvi u jetri koje dovode do portalne hipertenzije. (1)

Ciroza jetre je difuzna bolest jetre karakterizirana fibrozom i konverzijom normalne jetrene arhitekture u strukturno abdominalne nodule koji su izgubili normalnu lobularnu organizaciju. (2)

Alkoholna ciroza jetre karakterizirana je histopatološkom kombinacijom promjena koja se sastoji od masne promjene jetre, alkoholnoga hepatitisa, fibroze i ciroze jetre.

Primarna bilijarna ciroza jetre je kronična i progresivna bolest jetre vjerojatno autoimunosne etiologije karakterizirana granulomatoznim razaranjem interlobarnih i septalnih žučnih vodova uz postupan razvoj duktopenije.

3.2. Epidemiologija

Ciroza jetre je po učestalosti 4-5 uzrok smrti u Republici Hrvatskoj. Životna dob koju bolesnici dožive je oko 50 godina. Češća je kod muškaraca nego kod žena.

3.3. Čimbenici rizika:

- Pretjerano konzumiranje alkohola (alkoholizam)
- Virusni hepatitis B i C
- Toksična oštećenja (najčešće lijekovi)
- Metaboličke bolesti (Morbus Wilson)
- Rijede; kardovaskularne bolesti (konstriktivni perikarditis, Budd-Chiariev sindrom)
- Poremećaj imuniteta- autoimuni hepatitis

3.4. Klinička slika

Ciroza jetre je vrlo kompleksna bolest koja zahvaća jetreni parenhim, ali izaziva i niz drugih simptoma na drugim organima. Giroza jetre kao posljednji stadij kronične jetrene bolesti ima za posljedicu niz patofizioloških poremećaja i kliničkih manifestacija, koje se kod pojedinih bolesnika javljaju samostalno ili u različitim kombinacijama. Razlikujemo dva odlučujuća čimbenika; stupanj oštećenja jetrenih stanica i otežan protok krvi kroz jetru. (2)

3.4.1. Izgled bolesnika

3.4.1.1. Koža i vidljive sluznice

„Koža i sluznice su ogledalo bolesti unutarnjih organa“. Najvažniji dio dijagnostičkog postupka kod bolesnika sa cirozom jetre je detaljan fizički pregled.

- Žutica (icterus); prisutna je u bolesnika sa cirozom jetre, a njezin intenzitet odražava stupanj težine nekroze hepatocita.
- Ogrebotine; javljaju se zbog svrbeža koji se javlja zbog povećane količine bilirubina, te se zatim žučna boja i soli odlažu u koži što na kraju izaziva svrbež.
- Potkožna krvarenja (petehije, hematomi); javljaju se zbog trombocitopenije.
- Paukoliki angiomi (spider nevusi); kožne promjene; na koži lica, ramena i prsa javljaju se kapilare koje nalikuju na pauka.
- Sluznica usne šupljine je sklona krvarenjima, a jezik je gladak i crven.

3.4.1.2. Prsa

- Ginekomastija; povećanje grudi kod muškaraca.
- Reducirana dlakavost; znatno je smanjena ili odsutna dlakavost prsišta, pubična te aksilarna.

3.4.1.3. Ekstremiteti

- Batičasti prsti
- Promjene na noktima (Muehrckeove linije); transverzalne blijede crte na noktima
- Terryjevi nokti; bijeli nokti kao posljedica hipoalbuminemije
- Palmarni eritem; dlanovi su crveni zbog nakupine arteriovenskih anastomoza, najizraženiji su na jagodicama prstiju i na dorzalnoj strani prstiju
- Edemi podlaktica i nogu zbog nakupljanja veće količine tekućine u organizmu

3.4.1.4. Trbuh

- Povećan opseg trbuha zbog nakupljanja ascitesa u trbušnoj šupljini
- Caput medusae; proširenje vena u predjelu pupka zbog portalne hipertenzije, posljedica spontanog porto-sistenskog šanta između umbilikalne vene i površinske epigastrične vene
- Hepatomegalija; povećana jetra, oblik jetre je poput lopte i nalazi se gornjem desnom kvadrantu trbuha
- Splenomegalija; povećana slezena

3.4.1.5. Genitalije

- Atrofija testisa vrlo česta kod muškaraca
- Kod žena poremećen menstrualni ciklus, atrofija dojki i uterusa, sterilitet
- Smanjen libido kod muškaraca i žena

3.4.1.6. Opći status

- Gubitak mišićne mase; rezultat je smanjene sinteze mišićnih proteina i malnutricije
- Blago povišena tjelesna temperatura; posljedica pirogena iz nekrotičnih hepatocita iz crijevnih bakterija
- Foetor hepaticus- pljesnivi zadah po vlažnoj zemlji, koji je uzrokovan markaptan-dimetilsulfidom, sladunjavo-fekalnog karaktera

- Izraženi osjećaj umora; zbog smanjenih energetske rezervi uslijed nesposobnosti jetre da metabolizira ugljikohidrate
- Opća slabost i gubitak apetita
- Meteorizam; nakupljanje plinova zbog poremećene probave i apsorpcije masti
- Mučnina i povraćanje
- Bolovi u trbuhu sa širenjem u leđa zbog nakupljanja ascitesa i zbog povećane jetre
- Svjetlija stolica i tamnija mokraća

3.4.2. Stanje svijesti

- Apatija
- Pasivnost
- Razdražljivost
- Agresivnost
- Smetenost
- Delirij
- Hepatalna koma

3.4.2.1. Delirij

Delirij ili akutno smeteno stanje karakterizirano je poremećajem svijesti i pažnje. Bolesnici su nemirni, agresivni i agitirani, mogu se bizarno ponašati i imati halucinacije, bolesnik je budan, ali dezorijentiran. Javlja se smetenost prema svakodnevnim događajima i aktivnostima, govor je poremećen, ubrzan. Često su manje izraženi danju, a jače noću. Obično je ritam spavanja i jedenja poremećen. Može trajati danima i tjednima. Kod ciroze jetre delirij se javlja zbog alkoholne apstinencije.

3.4.2.1.1. Intervencije sestre kod delirantnog bolesnika:

- Primijeniti propisanu terapiju
- Pratiti stanje bolesnika

- Osigurati bolesnika i njegovu okolinu od mogućih ozljeda zbog agresije i nemira bolesnika
- Osigurati privatnost bolesnika
- Krevet zaštititi paravanima od pogleda drugih bolesnika
- Mjeriti vitalne funkcije kod bolesnika
- Po potrebi u skrb uključiti psihijatra
- Po potrebi pacijenta humano fiksirati ukoliko je to potrebno- uz odobrenje psihijatra.
- Svaku promjenu stanja bolesnika potrebno je upisati u sestrinsku listu i obavijestiti liječnika.

3.5. Dijagnostika

Dijagnoza ciroze jetre postavlja se na temelju;

- Kliničke slike
- Laboratorijskih nalaza; jetreni serumski enzimi tj. jetrene probe- aminotransferaze- AST I ALT; alkalna fosfataza- ALP; glutamiltransferaza- GGT; bilirubin. Povišenje i omjer AST:ALT ovisi o stupnju nekroze hepatocita u određenom trenutku. Na osnovi laboratorijskih nalaza možemo jednostavno i brzo u svakom laboratoriju i kod liječnika opće medicine procijeniti sve jetrene funkcije, prisutnost žuči u stolici, urobilinogen u urinu, PV; produženo protrombinsko vrijeme, smanjena razina fibrinogena, serumskih albumina i trombocita. AFP (alfa-feto protein)- antigen koji se danas koristi u rutinskim pretragama ranog otkrivanja karcinoma jetre u visokorizičnim skupinama bolesnika s cirozom jetre.
- Biopsije jetre; „Zlatni standard“ u dijagnostici mnogih bolesti jetre. Postupak koji pruža uvid u vrstu i težinu jetrenog oštećenja. Za pouzdanu dijagnozu , cilindar tkiva dobiven biopsijom ne smije biti kraći od 15 mm te u uzorku mora biti najmanje šest portalnih prostora.
- CT (kompjutorizirana tomografija); detaljan prikaz struktura i malih lezija koji imaju slabiju kontrastnost. CT nam omogućava evaluaciju difuznih i žarišnih promjena jetre kao i ciljanu biopsiju žarišnih promjena jetre.

- UZV jetre; prva dijagnostička metoda u bolestima jetre i žučnih putova (vidljive su difuzne i žarišne promjene jetre). UZV nam također omogućava ciljanu biopsiju različitih žarišnih promjena trbušnih organa, u ovom slučaju jetre.
- MR (magnetska rezonancija); omogućava minucioznu evaluaciju različitih žarišnih promjena na jetri.
- EGDS (ezofagogastroduodenoskopija); radi se kod svih bolesnika sa cirozom jetre radi ranog otkrivanja komplikacija, tj. varikoziteta jednjaka i portalne hipertenzije. Ako varikoziteta nema, kontrola EGDS za dvije godine, a ako su prisutni mali varikoziteti jednjaka kontrola za jednu godinu.
- Scintigrafija; neinvazivna dijagnostička metoda kojim se snima raspodjela radioaktivnih tvari koji emitiraju gama-zračenje te koji se nakupljaju u pojedinim organima (jetri), zbog hepatocelularnog karcinoma u cirotično promijenjenoj jetri.
- Angiografija; omogućava dobar prikaz portalne cirkulacije.

3.6. Liječenje

Cilj liječenja je eliminirati uzročni faktor, tretirati probleme koji su nastali kao posljedica oštećenja jetre, prevenirati daljnje oštećenje jetre te osigurati daljnju odgovarajuću njegu bolesnika.

Opće mjere; Trajna apstinencija od alkohola, prestanak pušenja, adekvatna prehrana. Dijeta koja na dan treba sadržavati 1g proteina / kg tjelesne mase sa 2000 kalorija, tj. 27,0-30,0 Kcal/kg idealne TT, te sve organizmu potrebne vitamine. Velik broj osoba ovisnih o alkoholu pokazuje znakove malnutricije zato je veoma važna adekvatna prehrana. Dijeta treba biti individualno prilagođena bolesniku prema njegovim navikama i željama kojima možemo udovoljiti. Vrlo važno je paziti na unos nesteroidnih antireumatika jer oni dovode do dekompenzacije ciroze i pojave ascitesa.

Kod dekompenzirane ciroze važno je da prehrana bude visokokalorična, s ograničenjem soli, bogata vitaminima, smanjenom količinom masti, te mali i učestali obroci.

Dopuštena je umjerena tjelesna aktivnost, ali treba izbjegavati naprezanja koja dovode do povišenja portalnog tlaka.

Diuretici koji štede kalij; daju se ako je prisutan ascites. Potrebno je upozoriti bolesnike na produženi diuretski učinak i do 2 tjedna, te je potrebno izbjegavati hranu bogatu kalijem i soli.

Albumini; koriste se za nadoknadu volumena plazme i korekciju hipoalbuminemije.

Vitamin K; korekcija protrombinskog vremena. Vrlo važno je rano uočavanje i prevencija krvarenja.

Blokatori B receptora-Propanolol; dnevno oko 80 mg., primjenjuje se kod varikoziteta jednjaka, zbog primarne i sekundarne profilakse krvarenja iz istih. Propanolol smanjuje tlak u portalnoj veni. Vrlo važno je izbjegavati napor.

Vitamini B kompleksa; daju se zbog toga što jetra ne može sintetizirati vitamine topive u mastima.

Sedativi: kod nemirnih, delirantnih i agresivnih bolesnika.

Laksativi: Portalak sirup- radi pražnjenja crijeva (kod encefalopatije radi odstranjivanja amonijaka iz organizma).

Kortikosteroidi; daju se kod alkoholne ciroze jetre, tj. kod teškog alkoholnog hepatitisa jer poboljšavaju preživljenje bolesnika, daje se šestotjedna terapija- Prednison 40mg/dan prvih 28 dana, zatim 20 mg/dan tijekom tjedan dana i na kraju tijekom tjedan dana 10mg/dan

Transplantacija jetre; jetra se transplantira kod alkoholne ciroze. Nakon transplantacije uglavnom je sedmogodišnje preživljenje bolesnika (60%). Kandidat za transplantaciju mora obavezno imati apsolutno suzdržanje od alkohola 3-6 mjeseci zbog poboljšanja kliničkog statusa, ali i zbog potvrde motivacije. Vrijeme čekanja na transplantaciju jetre je oko 7 mjeseci.

Cijepljenje; cijepljenje protiv HAV-a i HBV-a za bolesnike koji nisu preboljeli te virusne bolesti. Pneumokokno cijepljenje svakih pet godina, te cijepljenje protiv gripe svake godine.

3.7. Komplikacije

3.7.1. Portalna hipertenzija

Portalna hipertenzija je trajno i patološko povišenje tlaka u portalnom venskom sustavu. Normalni gradijent portalnog tlaka je 1-5 mmHg, a značajniji porast tlaka je iznad 10-12 mmHg.

Svaki patološki proces može izazvati portalnu hipertenziju, dok je najčešći uzrok ipak ciroza jetre.

Kada se tlak povisi iznad 10 mmHg, počinje se stvarati kolateralni krvotok kojim se krv usmjerava iz portalnog u sustavni krvotok zaobilazeći jetru. Klinički je najvažniji kolateralni put preko vena želuca i ezofagusnog pleksusa do v. azygos i hemiazygos. Submukozne vene ezofagusnog pleksusa varikozno se proširuju i kada dođe do tlaka iznad 12 mmHg najčešće dolazi do rupture i krvarenja iz tih varikoziteta. Značajnu ulogu ima podizanje većeg tereta, uporni grčeviti kašalj, povraćanje, uzimanje velike količine alkohola, kihanje, otežana defekacija, uvođenje nazogastrične sonde.

Primarno liječenje bolesnika sa portalnom hipertenzijom je profilaksa akutnog krvarenja, isključivo lijekovima (betablokatori). Sekundarna prevencija je profilaksa kod bolesnika koji su već prije krvarili iz varikoziteta jednjaka i/ili želuca.

3.7.2. Varikoziteti jednjaka

Varikoziteti jednjaka su proširene i izvijugane vene najčešće u donjoj trećini jednjaka, no mogu zahvatiti i više dijelove jednjaka kao i vene želuca. (2)

Oko 50% bolesnika sa cirozom jetre ima varikozitete jednjaka. Najopasnija komplikacija portalne hipertenzije su varikoziteti jednjaka koji rupturiraju, a oni se manifestiraju hematemezom i melenom, hematokezijom (svježa krv na površini stolice), ubrzanim i jedva pipljivim pulsom, sniženim tlakom, blijedom i vlažnom kožom, suhom sluznicom usne šupljine te blijedim i suhim usnicama i žutim sklerama.

Krvarenje je opasno stanje koje može dovesti do hemoragijskog šoka!

U liječenju kod rupture varikoziteta je bitno zaustaviti krvarenje, intravenozna nadoknada krvnog volumena i tekućine, praćenje vitalnih funkcija, te mjerenje diureze radi praćenja unosa/iznosa tekućine te oksigenoterapija zbog prevencije hipoksije.

Endoskopsko podvezivanje varikoziteta; tehnika podvezivanja varikoziteta pomoću gumenih prstenova. Najčešće oko tri postupka tijekom kojih se aplicira 5-7 gumenih prstenova.

Endoskopska skleroterapija; kod bolesnika s kontraindikacijama, nuspojavama i/ili prethodno neuspješnom medikamentoznom terapijom. Sastoji se od injiciranja sklerozirajućih tvari koje izazivaju trombozu varikoziteta i reaktivnu fibrozu. Obično potrebno 4-5 skleroterapijskih postupaka.

3.7.2.1. Intervencije sestre kod rupture varikoziteta jednjaka/želuca:

- Mjerenje vitalnih znakova
- Praćenje stanja svijesti
- Osigurati venski put
- Primjena transfuzije krvi i krvne plazme
- Primjena infuzije
- Vađenje krvi
- Uvođenje urinarnog katetera radi praćenja diureze
- Primjena lijekova
- Asistiranje pri sklerozaciji jednjaka
- Osigurati mirovanje
- Edukacija bolesnika i obitelji o znakovima krvarenja i ponašanja u slučaju krvarenja te važnosti uzimanja medikamentozne terapije i načinu života

Prognoza kod krvarenja i varikoziteta jednjaka je loša, sa stopom smrtnosti oko 30-60%, dok oko 20% bolesnika umre od masivnog krvarenja prije dolaska u bolnicu.

3.7.3. Ascites

Ascites je patološko nakupljanje tekućine u slobodnoj trbušnoj šupljini. Stvaranje ascitesa je posljedica portalne hipertenzije te abnormalnosti bubrežne funkcije. Nakupljanje tekućine u abdominalnoj šupljini između dva sloja potrbušnice, česti su i edemi nogu (potkoljenica). Uz povećanje portalnog tlaka povećava se i ascites!

3.7.3.1. Faktori koji utječu na nastanak ascitesa

1. Opstrukcija intrahepatalnih vena s transdukcijom tekućine u peritoneum
2. Smanjena sinteza proteina- smanjen osmotski pritisak
3. Poremećaj hormona- renina, aldosterona koji dovode do retencije tekućine

Vjerojatnost razvoja ascitesa kod bolesnika sa cirozom jetre je 50% tijekom 10 godina.

Dijagnoza se postavlja na temelju:

- Fizikalnog pregleda; palpacija i perkusija,
- UZV abdomena

3.7.3.2. Liječenje bolesnika s ascitesom

- Ograničenje unosa tekućine (1000-1500 ml/ 24h)
- Unos Na manji od 500mg/ dnevno
- Primjena diuretika (praćenje elektrolita)
- Primjena albumina
- Abdominalna punkcija

3.7.3.3. Intervencije sestre kod bolesnika sa ascitesom:

- Primjena terapije
- Mjerenje vitalnih znakova
- Svakodnevno vaganje i mjerenje obujma trbuha
- Postavljanje urinarnog katetera
- Mjerenje unosa tekućine
- Mjerenje diureze
- Ograničiti unos tekućine
- Vađenje krvi
- Osigurati pravilnu prehranu bolesniku- obroci trebaju biti manji i češći
- Pomoć bolesniku pri obavljanju osobne higijene
- Pomoć bolesniku pri hranjenju
- Pomoć bolesniku pri zauzimanju odgovarajućeg položaja tijela
- Asistiranje liječniku pri abdominalnoj punkciji
- Edukacija bolesnika i njegove obitelji o pravilnoj prehrani i smanjenom unosu tekućine

Budući da je imunitet bolesnika sa cirozom jetre oslabljen, vrlo važno je provoditi intervencije za sprječavanje upala i sekundarnih infekcija.

3.7.3.4. Intervencije sestre za sprječavanje infekcija kod bolesnika sa cirozom jetre:

- Redovito provođenje osobne higijene bolesnika (izvijestiti liječnika o porastu temperature iznad 37°C)
- Mjerenje vitalnih znakova
- Zaštita bolesnika od ozljeda (ulazna vrata za infekciju)
- Spriječiti i sanirati ogrebotine na koži
- Njega usne šupljine
- Redovito mijenjanje posteljnog rublja

- Aseptičko održavanje i pravilno korištenje intravenskih kanila i centralnog venskog katetera
- Pridržavanje pravila asepse i antiseptike
- Sprječavanje nastanka dekubitusa
- Mijenjanje položaja bolesnika u krevetu svaka 2-4 h, ovisno o stupnju samostalnosti bolesnika
- Pratiti izgled izlučevina
- Urin iz urinarnog katetera poslati na bakteriološku analizu
- Koristiti zaštitne rukavice i zaštitnu odjeću prema protokolima
- Pratiti pojavu i znakove infekcije
- Redovito pranje ruku pacijenta i osoblja
- Provoditi vježbe disanja
- Provoditi aktivne i pasivne vježbe ekstremiteta
- Održavati optimalne mikroklimatske uvjete u sobi
- Pravilno zbrinjavanje infektivnog otpada
- Educirati pacijenta i obitelj o čimbenicima rizika za nastanak infekcije i sprječavanja infekcije

3.7.3.5. Abdominalna punkcija- paracenteza

Abdominalna punkcija je dijagnostička i terapijska metoda kojom se evakuira sadržaj (ascites) iz trbušne šupljine kroz iglu ili kanilu uvedenu kroz trbušnu stjenku.

Koristi se za dijagnostiku i terapiju masivnog ascitesa. Pomaže u određivanju uzroka ascitesa i olakšava pritisak koji ascites vrši na trbušne organe. Količina tekućine koja se može dobiti abdominalnom punkcijom iznosi do 8 litara. Kod pacijenata sa jasno vidljivim ascitesom odredi se točka na sredini udaljenosti između pupka i stidne kosti, a kod pacijenta sa umjerenim ascitesom potrebno je ultrazvučno odrediti mjesto uboda. Abdominalna punkcija vrši se prema načelima aseptičkog rada

3.7.3.6. Zadaci medicinske sestre kod abdominalne punkcije su:

Priprema pribora:

- Sterilna igla ili kanila
- Sterilne rukavice- 2 para
- Sistem za infuziju
- Sterilni tupferi
- Sterilna kompres s otvorom
- Leukoplast
- Kanta ili lavor (za otjecanje tekućine)
- Sredstvo za čišćenje kože (deterđentni antiseptik)
- Sredstvo za dezinfekciju kože (alkoholni pripravak)
- Alkoholni dezinficijens za ruke
- Sterilna šprica 10ccm
- Nepropusno platno
- Anestetik za lokalnu primjenu

Priprema pacijenta:

- Pacijent treba potpisati pristanak za abdominalnu punkciju
- Prije izvođenja zahvata pacijent treba isprazniti mokraćni mjehur
- Pacijent se postavlja u ležeći položaj sa minimalno podignutim uzglavljem
- Oslobađa se trbuh pacijenta
- Pacijentu se objasniti način izvođenja zahvata i važnost da bude što mirniji tokom zahvata
- Nepropusno platno staviti ispod pacijenta

3.7.3.7. Intervencije medicinske sestre kod abdominalne punkcije:

- Liječnik određuje mjesto uboda, dezinficira ga deterdžentnim antiseptikom i alkoholnim pripravkom te ubodno mjesto prekrije sterilnom kompresom i vrši ubod.
- Sestra asistira liječniku dodavajući mu sterilne tupfere natopljene dezinficijensima, zatim dodaje sterilnu kanilu
- Nakon punkcije sestra na kraj kanile priključuje sistem za infuziju, otvara do kraja i slobodan kraj stavlja u kantu u koju će otjecati ascites
- Za vrijeme punkcije sestra treba biti uz pacijenta i mjeriti mu vitalne znakove
- Sestra treba nadzirati ubodno mjesto te količinu i brzinu istjecanja sadržaja
- Sestra fiksira kanilu leukoplastom i kanilu podupire i prekriva sterilnom gazom
- Nakon završene punkcije izvadi se kanila i na mjesto uboda stavlja se sterilni tupfer natopljen jodom.
- Sestra mjeri količinu evakuiranog sadržaja
- Sestra uzima uzorak za analizu i nosi u laboratorij, ako je potrebno
- Nakon završene punkcije sestra smješta pacijenta u udoban položaj
- Sestra dokumentira postupak i stanje pacijenta

3.7.3.8. Komplikacije abdominalne punkcije:

- Krvarenje- najčešća komplikacija
- Hipotenzija
- Ponovno stvaranje ascitesa
- Infekcija
- Perforacija organa kanilom prilikom uboda

3.7.4. Hepatalna encefalopatija

Hepatalna encefalopatija je reverzibilni sindrom koji je karakteriziran poremećenom funkcijom mozga kod pacijenata sa uznapredovalom cirozom jetre. Može se prezentirati sa reverzibilnom metaboličkom encefalopatijom, edemom mozga, atrofijom mozga. (2) Amonijak je neurotoksin koji najviše potiče hepatalnu encefalopatiju. Zdrava jetra razgrađuje amonijak, produkt metabolizma bjelancevina, i pretvara ga u ureju koju bubrezi izlučuju iz organizma, no kod oštećene jetre, nerazgrađeni amonijak izaziva oštećenje mozga, encefalopatiju koja može napredovati do stanja duboke kome.

3.7.4.1. Klinička slika

Klinička slika je vrlo raznolika i kreće se u širokom spektru od minimalnih promjena osobnosti, spavanja i motoričke aktivnosti do teških poremećaja kognitivnih funkcija, neuromuskularne neuravnoteženosti te kome.

- Promjene osobnosti
- Poremećaji spavanja
- Blaga smetenost
- Usporen govor
- Blaži poremećaj ličnosti
- Slaba koncentracija
- Nemir
- Treperenje ispruženih ruku- lepršavi tremor
- Promjena raspoloženja
- Agresija
- Stupor
- Koma

Procjena težine hepatalne encefalopatije bazira se na osnovu kriterija West Haven: (2)

- Stadij 1; gubitak koncentracije, anksioznost- simptomi koje nalazimo kod 67% pacijenata sa cirozom, a opisujemo ih kao „minimalna HE“

- Stadij 2; letargija ili apatija, blaga dezorijentacija u vremenu i prostoru, promjene osobnosti i neprimjereno ponašanje u društvu
- Stadij 3; somnolencija do stupora, no uz odgovor na verbalnu stimulaciju, potpuna dezorijentacija u vremenu i prostoru
- Stadij 4; koma- bez odgovora na bilo koji vanjski podražaj

Četiri uzroka koja dovode do značajnijeg povišenja amonijaka u krvi:

1. Gastrointestinalno krvarenje
2. Konstipacija
3. Infekcija
4. Povećano konzumiranje hrane bogate proteinima

3.7.4.2. Intervencije sestre kod bolesnika sa hepatalnom encefalopatijom:

- Pratiti stanje pacijenta
- Mjeriti vitalne funkcije
- Vađenje krvi
- Ordinirati propisanu terapiju
- Mjeriti unos/ iznos tekućine
- Svakodnevno mjerenje amonijaka u serumu
- Osigurati propisanu dijetu bolesniku
- Primijeniti klizmu i/ili laksative
- Zaštititi bolesnika i druge osobe u okolini i sobi (zbog moguće agresivnosti bolesnika)
- Njega usne šupljine (zbog moguće infekcije)
- Pomoć bolesniku pri obavljanju osobne higijene
- Pomoć bolesniku pri zauzimanju odgovarajućeg položaja tijela
- Pomoć bolesniku pri hranjenju

Intervencije sestre usmjerene su uklanjaju encefalopatije i sprječavanju u nastajanju hepatalne kome.

Kod bolesnika kod kojeg je već nastupila hepatalna koma, uz sve nabrojene intervencije također je potrebno provoditi i zdravstvenu njegu komatoznog bolesnika

3.7.5. Svrbež

Zbog povećane količine bilirubina te žučnih boja i soli koje se odlažu u organizmu dolazi do svrbeža kože. Bolesnici se nekontrolirano grebu i dolazi do vidljivih ogrebotina i potkožnih krvarenja- petehija, te lako dolazi do infekcije.

3.7.5.1. Intervencije sestre kod bolesnika sa svrbežom:

- Sestra treba objasniti bolesniku važnost da se ne grebe po koži, nego samo lagano trlja po mjestu gdje je svrbež kako ne bi došlo do razderotina i petehija koje su ulazno mjesto za infekciju
- Redovito njegovati kožu neutralnim sapunima
- Pomoći bolesniku pri kupanju i obavljanju osobne higijene
- Nakon kupanja u kožu utrljavati zaštitne i hranjive kreme
- Redovito podrezivati nokte bolesniku
- Bolesniku navući platnene rukavice na ruke ako je potrebno
- Osigurati dovoljnu hidraciju bolesnika
- Propisati ordiniranu terapiju

3.7.6. Hepatorenalni sindrom

Hepatorenalni sindrom je sindrom zatajenja bubrežne funkcije u bolesnika s uznapredovalom bolešću jetre i portalnom hipertenzijom, ono nastaje u odsutnosti značajnijih morfoloških promjena u bubregu.

3.7.7. Spontani bakterijski peritonitis

Spontani bakterijski peritonitis je infekcija ascitesa u odsutnosti intraabdominalnog izvora infekcije. (2)

3.8. Edukacija obitelji i bolesnika oboljelog od ciroze jetre

Bolesnici se često žale na umor, pospanost, gubitak apetita, mučninu te se često ti simptomi ne povezuju s bolestima jetre. Jako je važno redovito se kontrolirati kod obiteljskog liječnika, obavljati redovite kontrole i rutinski laboratorij.

Bolesnicima sa cirozom jetre preporuča se umjerena fizička aktivnost, bez teškog napora, teških fizičkih poslova, naprezanja u bilo kojem smislu. Osobama ovisim o alkoholu se obavezno preporučuje apstiniranje od alkohola ili liječenje u ustanovi za odvikavanje, te je važno te bolesnike informirati o važnosti apstiniranja i mogućih posljedica i komplikacija.

Edukacija bolesnika i njegove obitelji o važnosti uzimanja medikamentozne terapije kao i pravilne prehrane i pridržavanja dijetalnog režima vrlo je bitna. Česti i manji obroci, izbjegavanje masti životinjskog podrijetla, izbjegavanje pržene i pohane, te jako začinjene hrane. Važno je da se voće i povrće prije konzumiranja skuha i propasira. Ograničen unos soli ako se voda nakuplja u organizmu, tj. ako bolesnici imaju edeme i ascites. Osobe koje nemaju apetit potrebno je poticati i motivirati kako bi pojeli pripremljeni obrok. Kod varikoziteta jednjaka vrlo je važno izbjegavati vruća jela i krutu hranu (čipi-čips, lješnjaci, nedovoljno sažvakana i kruta hrana) kako ne bi došlo do oštećenja sluznice i krvarenja.

Vrlo je važno educirati obitelj bolesnika sa cirozom jetre i/ili varikozitetima jednjaka što učiniti u slučaju kada dođe do krvarenja, objasniti im da što prije pozovu pomoć ili dovedu bolesnika do bolnice da ne bi završio letalno. Također i obitelj i pacijenta treba upozoriti kako treba izbjegavati uzimanje protuupalnih nesteroidnih lijekova jer oni iritiraju sluznicu želuca te također može doći do krvarenja.

Važni su i redoviti stomatološki pregledi jer kontraindikacija za transplantaciju jetre je prisutnost zubnog apscesa ili težeg gingivitisa.

4. PRIKAZ SLUČAJA

U nastavku je prikazan slučaj pacijentice M.J. 53 godine, koja je bila smještena na Internom odjelu, OB Virovitica, sa medicinskom dijagnozom Chirrosis hepatis decomp. K70.3

4.1. Osobna anamneza

Bolesnica u dobi od 53 godine u bolnicu dolazi u pratnji supruga. Bolesnica je spremačica, majka jedne kćerke. Kći zdrava. Sa suprugom živi u obiteljskoj kući. Bolesnica boluje od ciroze jetre, anemije, varikoziteta jednjaka, kroničnog alkoholizma, hipoalbuminemije. Nekoliko puta hospitalizirana na internom odjelu zbog ascitesa i pogoršanja općeg stanja zbog osnovne bolesti. Negira pušenje cigareta i negira uzimanje alkohola unazad tri mjeseca. Do unazad tri mjeseca svakodnevno konzumirala alkohol, uglavnom žestoka pića. Pacijentica ne uzima propisanu terapiju. Od zadnje hospitalizacije suprug navodi da joj se opće stanje pogoršalo i da je izgubila nekoliko kilograma na težini.

4.2. Sestrinska anamneza

Pacijentica primljena u bolnicu preko hitne službe, preko hitnog bolničkog prijema. U bolnicu dovezena hitnom pomoći, Tim II., na ležećim kolicima. Pri svijesti, u kontaktu, teže pokretna, na ležećim kolicima, orijentirana u vremenu i prostoru, u pratnji supruga, kahektične konstitucije, žućkasto obojene kože, žutih bjeloočnica. Unazad tjedan dana pacijentica navodi slab apetit te da ne može ništa jesti i da može popiti samo malo mlijeka i vode zatim navodi opću slabost, a suprug navodi da joj se unazad nekoliko dana „trbuh opet napuhao“. Pacijentica navodi da polako gubi volju za životom „i da joj je svega dosta“. Pri primitku RR120/80 mmHg, c/p=66/min, Tax=36,5 °C, TT=44 kg, TV=155 cm. Apetit slab, hrani se na usta, nema nazogastričnu sondu. Mokrenje uredno, navodi nikturiju, oko 4x, mokri u pelenu i noćnu posudu, stolica uredna, bez primjesa krvi. Ne kašlje, niti iskašljava. Vid uredan. Sluh uredan. Govor bez teškoća. Orijentirana u vremenu i prostoru, ali teže pokretna. Na tijelu nema vidljivih dekubitusa. Od terapije koristi Aldactone 50 mg 0,1,0, Portalak 2x1 žlicu, Kalinor ½ tbl, Folacin 2x1 tbl, B12 1000 gama 1x tjedno, Coryol 2x3,125 mg,

Normabel 5 mg p.p. Pacijentica se smješta na Interni odjel, u dvokrevetnu sobu. Pacijentica se prilagođava na sadašnje zdravstveno stanje. Znanje o bolesti i terapije je djelomično stečeno te je potrebno daljnje poticanje na uzimanje terapije i edukacija o daljnjem načinu života pacijentice i njene obitelji.

Prije 4 tjedna napravljen je:

UZV jetre; Jetra je uvećana, mjeri oko 15 cm u MCL inhomogene strukture difuzno, znakovi uznapredovale kronične difuzne lezije, pojedinačno sa fokalnim hiperehogenim arealima do 2 cm, otvorene etiologije, mogući regenerativni čvorovi no niti fokalne lezije druge etiologije se ne isključuju. Žučni putovi nisu hiperehogeni odjeci pijesak i sitni konkrementi. Lamelarno nekoliko ccm slobodne tekućine i u Morisonovu prostoru.

EGDF; Jednjak: varikoziteti 2 stadij bez crvenih znakova. Sluznica intaktna. Kardija zatvara.

Želudac: Lumen uredan. Nabori grubi. Sluznica promijenjena po tipu „snake skin“.

Pilorus prohodan.

Dvanaesnik: Uredan nalaz.

4.3. Medicinske dijagnoze

Chirosis hepatis decomp., Ascites, Varicesoesophagigr II., Encephalopathia, portali gr II., Anemia sec., Hypoalbuminaemia, Alkoholismus chr.

4.4. Sestrinske dijagnoze i sestrinsko-medicinski problemi

- SMBS- osobna higijena (III) u/s smanjenom pokretljivošću 2° ascites 2° ciroza jetre što se očituje otežanim kretanjem
- Strah u/s izvođenjem zahvata 2° abdominalna punkcija 2° ascites 2° ciroza jetre što se očituje izjavom pacijentice „mene je strah tog zahvata“
- SMBS- hranjenje (III) u/s malaksalošću i slabošću muskulature ruke 2° ciroza jetre što se očituje izjavom pacijentice „nemam snage držati žlicu u ruci“
- Visok rizik za nastanak dekubitusa (Knoll 19 bodova) u/s smanjenom pokretljivošću 2° slabost i malaksalost 2° ciroza jetre
- Visok rizik za dehidraciju u/s oslabljenim apetitom 2° ciroza jetre
- Visok rizik za pad (Morseova ljestvica 45 bodova) u/s smanjenom pokretljivošću 2° slabost i malaksalost 2° ciroza jetre
- Neupućenost u ishod bolesti u/s nedostatkom znanja i specifičnog iskustva što se očituje izjavom pacijentice „ne znam kako nastaviti živjeti s tom bolešću i kako će ona završiti“
- Neupućenost u promjenu životnog stila nakon hospitalizacije u/s nedostatkom specifičnog znanja što se očituje izjavom pacijentice „molim vas objasnite mi kako da nastavim živjeti s tom bolešću“
- Strah u/s ishodom bolesti 2° ascites 2° ciroza jetre što se očituje izjavom pacijentice „strah me što će na kraju biti sa mnom“

4.5. Sestrinske intervencije

U dogovoru s pacijenticom kupanje će biti svako jutro prije doručka, dijelove koje može pacijentica će sama oprati, a za ostalo će dobiti potrebnu pomoć sestre, potrebno joj je osigurati pribor. Mijenjanje pelena svakih 3-4 h ili po potrebi češće. Sestra treba pripremiti potreban pribor za kupanje, pripremiti pidžamu i posteljno rublje, zatvoriti prozore u sobi te osigurati optimalnu temperaturu u sobi (22-24°C), koristiti paravane oko kreveta i zaštititi privatnost pacijentice, postaviti pacijenticu u položaj koji joj odgovara da se može sama umiti i oprati zube- dodati joj potreban pribor, osigurati neutralni sapun i meke trljačice kako ne bi došlo do oštećenja kože. Sestra će pomoći pacijentici pri kupanju dijelova tijela koje ne može sama. Važno je promatrati promjene na koži kako ne bi došlo do dekubitusa. Mijenjanje pelena svaka 3-4 sata ili po potrebi češće kako ne bi došlo do oštećenja kože. U dogovoru sa pacijenticom kosu prati 3 puta tjedno. Nakon kupanja sestra treba namazati kožu hidratantnim losionom, odrezati nokte i počešljati pacijenticu, promijeniti posteljno rublje te postaviti pacijenticu u njoj ugodan položaj za odmor ili ju pripremiti za obrok. Tokom hranjenja sestra pomaže bolesnici pri hranjenju. Osigurava bolesnici najugodniji položaj za hranjenje, osigurava joj hranu koju voli te joj hranu servira tako da joj bude primamljiva. Ispod brade treba staviti krpu da se ne zaprlja pidžama i sama bolesnica. O brzini hranjenja dogovara se s bolesnicom. Između zalogaja treba joj dati vode ili soka. Tokom hranjenja sestra treba biti strpljiva, poticati bolesnicu da jede. Nakon pojedenog obroka dati joj da popije sok ili vodu i po želji pojede desert. Nakon hranjenja obrisati ju i postaviti u ležeći položaj ili položaj prema dogovoru sa bolesnicom. Vrlo bitno je razgovarati sa pacijenticom, odgovarati joj na postavljena pitanja te joj pomoći u smanjivanju straha od medicinsko tehničkih zahvata ili boravka u bolnici. Kod provođenja medicinsko tehničkih zahvata sestra treba informirati pacijenticu o važnosti izvođenja zahvata i mogućim posljedicama ako se zahvat ne učini. Važno je da sestra pokaže stručnost u obavljanju zadatka, te da tokom cijelog boravka u bolnici pacijentici pruži psihičku potporu. Ohrabrivanje i poticanje na razgovor od strane sestre je vrlo bitno. Sestra treba odgovarati na sva pitanja bolesnice, treba joj omogućiti da sudjeluje u donošenju odluka te joj dozvoliti da izrazi svoje mišljenje. Sestra treba neverbalnom komunikacijom pokazati smirenost. Sestra treba svaki dan procjenjivati rizik za nastanak dekubitusa putem Knoll ili Braden skale za dekubitus. Treba uklanjati čimbenike koje pogoduju nastanku dekubitusa. Mijenjati položaj bolesnice svaka 2-3 h te poticati bolesnicu da pomoću trapeza sama mijenja položaj u krevetu koliko joj njeno stanje dozvoljava. Sestra treba objasniti važnost mijenjanja položaja u krevetu i moguće

komplikacije te redovito provoditi osobnu higijenu , mijenjati pelene svaka 3-4h, a po potrebi i češće, koristiti hidratantne losione i utrljavati ih u kožu te prilikom okretanja pacijentice paziti da ne dolazi do trenja kože o podlogu tj. plahtu te ako je moguće primijeniti antidekubitalni madrac. Poticati pacijenticu na provođenje aktivnih i pasivnih vježbi u krevetu, poticati ju na sjedenje u krevetu i ako je moguće ustajanje iz kreveta uz pomoć i pridržavanje sestre. Važno je osigurati optimalnu hidraciju pacijentice te joj čašu sa tekućinom osigurati na dohvat ruke.

4.6. SESTRINSKO OTPUSNO PISMO

Pacijentica se otpušta iz bolnice nakon 9 dana hospitalizacije. Pacijentica živi sa suprugom u obiteljskoj kući. Pacijentica nije korisnica socijalne pomoći. Pri otpustu iz bolnice pomoć joj može pružiti suprug s kojim živi i kći koja živi nedaleko od njih. U skrb do prijema u bolnicu bio je uključen suprug. Značajne osobe, tj. sin i kći ne mogu pomoći pacijentici pri kupanju u krevetu te je zbog toga potrebna zdravstvena njega u kući.

O novonastalom stanju pacijentice informirani su i pacijentica i njena obitelj. U procesu samozbrinjavanja pacijentica je djelomično ovisna o pomoći druge osobe u obavljanju postupaka osobne higijene i eliminacije.

Fizičko stanje pacijentice je osrednje, pri svijesti je , teško pokretna, ograničenih pokreta, eliminaciju otpadnih tvari obavlja u pelenu. Potrebna joj je pomoć pri hranjenju. Pacijentica je bez dekubitusa, ali sa visokim rizikom za njegov nastanak, zato je potrebno redovito mijenjanje položaja u krevetu i pravilna osobna higijena.

Pacijentica pri otpustu iz bolnice treba zdravstvenu njegu u kući te redovite posjete patronažne sestre.

Potrebni materijali za zdravstvenu njegu u kući- pelene za odrasle.

Sestrinske dijagnoze pri otpustu iz bolnice:

- SMBS- hranjenje (IV) u/s malaksalošću i slabošću 2° ciroza jetre što se očituje nemogućnošću držanja žlice u ruci

- SMBS- osobna higijena (III) u/s smanjenom pokretljivošću 2° ascites 2° ciroza jetre što se očituje otežanim kretanjem
- Visok rizik za nastanak dekubitusa (Knoll 19 bodova) u/s smanjenom pokretljivošću 2° slabost i malaksalost 2° ciroza jetre
- Visok rizik za pad (Morseova ljestvica 45 bodova) u/s smanjenom pokretljivošću 2° slabost i malaksalost 2° ciroza jetre
- Visok rizik za dehidraciju u/s oslabljenim apetitom 2° ciroza jetre
- Neupućenost u ishod bolesti u/s nedostatkom znanja i specifičnog iskustva što se očituje izjavom pacijentice „ne znam kako nastaviti živjeti s tom bolešću i kako će ona završiti“

Lijekovi kod kuće Aldactone 50 mg 0,1,0, Portalac 2x1 žlicu p.o., Folacin 2x1 tbl p.o., Coryol 2x3,125 mg, p.o., Normabel 5 mg 0,0,1, p.o., Fursemid 1,0,0, svaki 2 dan uz Kalinor ½ tbl p.o. Potrebna je druga osoba koja će davati lijekove pacijentici i voditi računa o redovitom uzimanju terapije.

Potrebno je redovito odlaženje na kontrole kod specijaliste.

5. ZAKLJUČAK

Ciroza jetre je bolest od koje svakim danom sve više obolijevaju mladi ljudi. Današnji način života, tj. pretjerano konzumiranje alkohola, pretjerano korištenje lijekova pogoduju nastanku te bolesti. Jako je bitno preventivno se kontrolirati kod obiteljskog liječnika i liječnika specijaliste, te izbjegavati štetne utjecaje i uzročnike bolesti.

Medicinska sestra najviše vremena provodi sa bolesnikom i najlakše s njim ostvaruje profesionalno-partnerski odnos. Ona je osoba u koju pacijent ima najviše povjerenja. Sestra kod bolesnika provodi sestrinsko-medicinske postupke, asistira liječnicima u medicinsko-tehničkim zahvatima. Abdominalna punkcija je najčešći medicinsko-tehnički zahvat koji se provodi kod bolesnika sa ascitesom oboljelih od ciroze. Važna je redovita hidracija bolesnika, obavljanje osobne higijene bolesnika ili pomoć pri kupanju ili odlasku u kupaonicu, redovito mijenjanje položaja nepokretnih bolesnika u krevetu i samim time i sprječavanje komplikacija dugotrajnog ležanja i infekcije koja samo može pogoršati stanje bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. Redovita eliminacija stolice je od velike važnosti zbog sprječavanja nastanka encefalopatije. Edukacija bolesnika i njegove obitelji igraju veliku ulogu u oporavku bolesnika, sprječavanju komplikacija bolesti i što kvalitetnijem životu. Kod pacijenata često prevladava strah i nesigurnost u svezi s daljnjim ishodom bolesti i samim općim stanjem. Sestra treba bolesniku biti potpora, svojim postupcima osloboditi ga straha i uliti povjerenje u oporavak i daljnji tretman u svezi s osnovnom bolešću. Vrlo važna je suradnja bolesnika i njegove obitelji sa patronažnom sestrom i sestrama u zdravstvenoj njezi u kući. Kod liječenja je zapravo najvažnija sekundarna prevencija, u najvećem broju slučajeva je to apstinencija od alkohola te izbjegavanje rizičnog ponašanja radi prijenosa virusnih bolesti (upotreba intravenskih igala prilikom korištenja droga, spolni odnos bez zaštite...). Preporučuju se sistematski pregledi testiranja na hepatitis B i C. Danas se terminalna faza ciroza jetre liječi transplantacijom jetre koja je vrlo uspješna i ima visok stupanj preživljavanja. Kandidat za transplantaciju mora obavezno imati apsolutno suzdržanje od alkohola 3-6 mjeseci zbog poboljšanja kliničkog statusa, ali i zbog potvrde motivacije. Vrijeme čekanja na transplantaciju jetre je oko 7 mjeseci.

6. LITERATURA

1. Broz LJ; Budisavljević M; Franković S. Zdravstvena njega 3, Njega internističkih bolesnika. Zagreb: Školska knjiga, 2011; 153-160.
2. Vrhovac B; Jakšić B; Reiner Ž; Vucelić B. Interna medicina. Zagreb: Naklada LJEVAK, 2008; 858-874.
3. Hrvatska komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze: Zagreb, 2011; 15-75.
4. Hrvatska komora medicinskih sestara; Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi: Zagreb, 2010; 227-231.
5. Franković; Zdravstvena njega odraslih: Zagreb: Medicinska naklada, 2010; 215-290.

7. SAŽETAK

Ciroza jetre je terminalni, ireverzibilni stadij kroničnih ili upalnih bolesti jetre. Obilježena je propadanjem jetrenih stanica, bujanjem veziva, te promjenama cirkulacije krvi u jetri koje dovode do portalne hipertenzije. Najčešći uzročnici te bolesti su alkoholizam, toksična oštećenja (lijekovi) te virusi hepatitisa B i C. klinička slika ciroze jetre karakterizirana je žuticom, spider nevusima, petehijama, ginekomastijom kod muškaraca, caput medusama, povećanim trbuhom tj. ascitesom te delirijem. Delirij je akutno smeteno stanje karakterizirano poremećajem svijesti koje se najčešće javlja kod alkoholne ciroze. Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike, laboratorijskih nalaza, biopsije jetre, CT-a, UZV jetre, scintigrafije. Cilj liječenja je eliminirati uzročni faktor, te tretirati probleme koji su nastali kao posljedica oštećenja jetre, te prevenirati daljnje oštećenje jetre. U terapiju se uvode diuretici, vitamini B kompleksa, sedativi, laksativi, blokatori beta receptora. Najčešće komplikacije ciroze jetre su portalna hipertenzija, varikoziteti jednjaka i/ili želuca, ascites, hepatalna encefalopatija te svrbež. Abdominalna punkcija je dijagnostička i terapijska metoda kojom se evakuiira ascites iz trbušne šupljine. Zadaća sestre je pripremiti pribor i pacijenta, asistirati liječniku prilikom zahvata te biti uz pacijenta tokom otjecanja ascitesa te mu je za to vrijeme važno mjeriti vitalne znakove. Edukacija bolesnika i njegove obitelji o uzimanju medikamentozne terapije je od izuzetne važnosti, isto kao i pravilna prehrana i pridržavanje posebnog dijetalnog režima.

U radu je prikazan slučaj pacijentice, 53 godišnjakinje, koja je bila smještena na Internom odjelu, OB Virovitica. Pacijentica boluje od alkoholne ciroze jetre terminalnog stadija . Pacijentici je potrebna pomoć medicinske sestre u zdravstvenoj njezi, a intervencije sestre su usmjerene na pomoć u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba, ublažavanju boli te smanjenje straha i anksioznosti.

Ključne riječi: ciroza jetre, ascites, žutica, infekcija, bolesnik, alkohol

8. SUMMARY

Cirrhosis is terminal, irreversible stage of chronic or inflammatory liver disease. Marked by the deterioration of liver cells, proliferation of binders, and changes in blood circulation in the liver, leading to portal hypertension. The most common causes of this disease are alcoholism, toxic damage (drugs), and hepatitis B and C. The clinical picture of liver cirrhosis is characterized by jaundice, spider nevi, petechiae, gynaecomastia in men, caput medusa, increased belly ie. Ascites and delirium. Delirium is an acute self-conscious condition characterized by disturbance of consciousness that is most common in alcoholic cirrhosis. Diagnosis is based on clinical symptoms, laboratory findings, liver biopsy, CT scan, ultrasound liver scintigraphy. The goal of treatment is to eliminate the causative factor, and treat problems that arose as a result of liver damage, and prevent further damage to the liver. The therapy was introduced diuretics, B complex vitamins, sedatives, laxatives, beta-blocking agents. The most common complications of cirrhosis are portal hypertension, esophageal varices and / or stomach, ascites, hepatic encephalopathy, and itching. Abdominal puncture is a diagnostic and therapeutic method used to evacuate ascites from the abdominal cavity. The task is to prepare nurses accessories and patient, assist the doctor during surgery and be with the patient during the runoff ascites and it was during this time it is important to measure vital signs. Education of patients and their families about taking drug therapy is of great importance, as well as proper nutrition and adherence to a special dietary regime.

This paper presents a case of a patient, 53 year old, who was placed on the Internal department, OB Virovitica. The patient was suffering from alcoholic liver cirrhosis terminal stage. The patient needs help nurses in health care and intervention sisters are aimed at helping to meet the basic necessities, alleviating pain and reducing fear and anxiety.

Key words: liver cirrhosis, ascites, jaundice, infections, patient, alcohol

9. PRILOZI

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>20.12.2016.</u>	JELENA BUDIŠA	Budiša Jelena

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

JELENA BUDIŠA

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 20.12.2016.

Budiša Jelena
potpis studenta/ice